

**ANOREXIA NERVIOSA EN LA ADOLESCENCIA**

**REVISIÓN TEÓRICA**

**María del Mar Perilla Quintero**

**Universidad de La Sabana**

## RESUMEN

Uno de los problemas más frecuentes en la sociedad de consumo actual son los trastornos alimenticios, y dentro de estos la Anorexia Nerviosa. Este artículo explica cómo los cánones de belleza y estética han llevado a las generaciones de hoy en día a desarrollar este tipo de patología. La población más sensible a esta clase de influencias negativas son los adolescentes ya que las características del desarrollo vital y psicológico de esta etapa llevan a los jóvenes a situaciones de incertidumbre y de búsqueda de identidad a través de la imagen que vende el sector comercial. La Psicología explica este problema desde un acercamiento teórico de las características y posibles consecuencias de este conflicto.

Palabras clave: Trastornos alimenticios, anorexia nerviosa, adolescencia, sociedad.

## ABSTRACT

One of the most frequent problems of today's consume society are the eating problems, and within these the Anorexia Nervosa. This article explains how the new beauty and esthetic standards has brought the new generations to develop this kind of pathologies. The most sensitive population to these kind of negative influences is the adolescents because the characteristics of psychological and vital development of this stage, that brings the teenagers to uncertain situations and the search of identity, through the image that the commercial sector is selling. Psychology finds to this problem is treated in this article, as a theoretical approach of the characteristics and possible consequences to this conflict.

Key words: Eating problems, anorexia nervosa, adolescence, society.

## ANOREXIA NERVIOSA EN LA ADOLESCENCIA

En nuestra sociedad actual la preocupación por el cuerpo y por la esbeltez ocupan un lugar importante especialmente para los jóvenes, los cuales quieren verse bien estando a la moda. Por tales preocupaciones en los últimos años se han venido desarrollando diferentes trastornos de la alimentación, entre los cuales se encuentra la anorexia nerviosa.

Por ejemplo, los medios de comunicación audiovisual a través de películas, publicidad o TV, relacionan la felicidad con la imagen del cuerpo, asociando hermosura, bienestar y salud. Modelos, deportistas, actores y personas con imagen pública transmiten este mensaje; es una especie de salvación o redención individual a través del físico tan extendida que se habla de epidemia de culto al cuerpo. El cuerpo se convierte en el referente más importante de la propia identidad que homogeniza valores a falta de otros de diferente naturaleza. Se asocia con felicidad, éxito, estatus social y autoestima, y la relación de autoestima con imagen corporal es motivo y fuente de angustia. El deseo de alcanzar el modelo ideal y la imposibilidad de lograrlo provoca un conflicto entre lo ideal y lo real (Serna, 2004).

Además, la introyección de este valor se produce en edades muy tempranas, cuando las personas están aún en proceso de formación y desarrollo. Ya en la niñez, con muy pocos años, se internaliza el concepto positivo de la delgadez frente a la gordura. En niños de 7 a 9 años, en proporción elevada, existe una preocupación excesiva por la propia imagen corporal y el deseo de delgadez. El autoconcepto, percepción del individuo sobre sí mismo, incluye valoraciones y juicios que repercuten en su conducta. El cuerpo adquiere tanto peso en esta autovaloración que se concibe como un proyecto y como un objetivo personal relacionado con dominio y poder. La preocupación por la imagen en sus facetas cognoscitivas, emocionales y preceptuales, resulta sobredimensionada. El cuerpo es

modulado, transformado; se practican cirugías múltiples, se hacen dietas, se busca el cambio de imagen, se sobrevalora, en suma, el cuerpo y el autocuidado, se intenta un control absoluto y se sufre la tiranía del mismo: todo para el cuerpo (Serna, 2004).

Los adolescentes resultan especialmente vulnerables a estos mensajes porque aún no han integrado sus creencias acerca de la apariencia, valores, y aspectos culturales y cognoscitivos. Tener una apariencia física intachable se ha convertido en uno de los objetivos en la sociedad desarrollada. Es una meta impuesta en la que, como se ha señalado, se mezcla salud, felicidad, éxito, belleza y cuerpo perfecto. Recurrir al ejercicio físico, una actividad habitual de mantenimiento, puede derivar en una práctica inadecuada o excesiva. Los hombres que practican mucho deporte suelen tener un nivel elevado de satisfacción corporal porque buscan incrementar musculatura, lo que no ocurre en las mujeres que buscan más perder peso. Los hombres insatisfechos con su cuerpo desean incrementar la masa muscular sin aumentar la grasa; ellos centran más su preocupación en masa muscular y pelo, y las mujeres en la figura. En consecuencia, en la anorexia se presentan distorsiones cognoscitivas sobre la percepción de la forma y la imagen del cuerpo. El autoconcepto físico negativo se considera un síntoma clave para tener sentimientos negativos hacia el propio cuerpo y es predictor máximo para sufrir anorexia (Serna, 2004).

En contraposición a lo anterior, la influencia de los medios de comunicación o de los modelos corporales actuales no es la única razón que explica el trastorno; existen otros factores como la reactividad a la malnutrición, la respuesta al estrés, el índice de masa corporal inicial y los cambios puberales (Diario Médico citado por Toro, 2004).

Adicionalmente el tema de los trastornos alimenticios es alarmante, ya que la anorexia nerviosa es la tercera causa de enfermedad crónica en adolescentes después del asma y la diabetes (Diario Médico citado por Miján, 2004).

Por eso, es necesario e importante saber a qué hace referencia el concepto de anorexia. La anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por una negativa a alimentarse o un miedo desproporcionado a engordar acompañado de un pensamiento obsesivo acerca de la comida, las calorías, el cuerpo y todo lo que tenga relación con ello. Se añade una insatisfacción corporal que les lleva a una distorsión perceptiva de algunas partes del cuerpo (especialmente muslos, caderas y barriga). En relación a su comportamiento es característico que desarrollen una gran actividad física así como una serie de actos compulsivos, tales como almacenamiento de comida en sitios insospechados, colección de recetas de comida, atracones descontrolados o autoprovocación de vómitos (Jiménez, 1997).

Sin embargo, tradicionalmente se ha propuesto la anorexia y bulimia nerviosas como trastornos o enfermedades mentales que dan pie a una serie de síntomas o manifestaciones. Pero en realidad, esos síntomas o manifestaciones explican la verdadera causa del problema o sólo se limitan a describir este sin proponer un elemento o elementos explicativos reales y científicos de la causa o causas. Entonces el problema cuál es realmente: será el miedo a engordar (no, puesto que eso solo es un síntoma), será la percepción distorsionada de la imagen corporal (de nuevo es un síntoma). Una enfermedad no puede ser lo mismo que los síntomas a través de los que se manifiesta; luego entonces que son la anorexia y la bulimia aparte de sus síntomas. La anorexia y la bulimia son un conjunto de conductas y respuestas emocionales arbitrariamente seleccionadas, lo otro son simples nombres con los que identificamos los síntomas (Carrasco, 2000).

Por lo tanto es necesario preguntarse por qué las personas con este problema con la comida se comportan así, y una vez se conozcan las causas o causa y sus consecuencias poder plantearse la posibilidad de modificarlas. Es por eso que la tarea principal del

Psicólogo es averiguar cuáles son esas consecuencias y actuar sobre su causa, es decir, es importante facilitar la exposición del sujeto a ciertas consecuencias, logrando así un análisis funcional (Carrasco, 2000).

Como se decía anteriormente, aunque la disminución de peso corporal es la característica más notable de la anorexia nerviosa, no es el punto central del trastorno. Muchas personas pierden peso por un problema de salud, pero las que sufren anorexia tienen un intenso temor a la obesidad y buscan de manera incansable estar delgadas. En consecuencia, es importante tener en cuenta la forma en que se clasifica la anorexia nerviosa (Barlow y Durand, 2001).

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002), en la última clasificación del DSM-IV-TR, establece cuatro criterios para el diagnóstico de Anorexia Nerviosa:

A. Un rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo corporal considerando la edad y la talla. Ejemplo de ello, sería una pérdida de peso hasta un 15% por debajo del peso teórico, o un fracaso para conseguir el aumento de peso esperado en el periodo de crecimiento, resultando un peso corporal de un 15 % por debajo del peso teórico.

B. Un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa/o, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Una alteración en la forma de percibir el peso, la talla o la silueta corporal, una negación de la grave pérdida de peso y exageración de su importancia en la autoevaluación.

D. En las mujeres, amenorrea primaria o secundaria. Esto es, la no aparición de la menarquia teniendo edad para ello o la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Así mismo hace una distinción entre dos formas de presentarse la alteración:

Tipo restrictivo. Durante el episodio de anorexia nerviosa, la persona no suele regularmente tener atracones de comida o conductas purgativas, tales como vómitos autoprovocados, utilización de laxantes, diuréticos o enemas.

Tipo Bulímico. Durante el episodio de anorexia nerviosa la persona tiene regularmente atracones de comida o conductas purgativas.

Aunque los criterios del DSM-IV especifican un peso corporal de 15 por ciento por debajo de lo esperado, el promedio es aproximadamente de entre 25 y 30 por ciento por debajo de lo normal para cuando se busca el tratamiento (Hsu, 1990 citado por Barlow y Durand, 2001).

Esto se debe a que luego de ver varios médicos, las personas anoréxicas se vuelven hábiles en decir lo que otros esperan oír. Pueden mostrarse de acuerdo en que están bajas de peso y necesitan aumentar unos kilos, pero no lo creen. Por esta razón, las personas con anorexia pocas veces buscan tratamiento por cuenta propia, suele ser la presión de algunos miembros de la familia que hacen que las conduzca a visitar el doctor (Barlow y Durand, 2001).

En contraposición a lo anterior, Solís (2002) manifiesta inconformidad con la traducción del DSM IV y critica la falta de operacionalidad y redacción frente a los criterios del mismo. Por ejemplo, el criterio A del DSM-IV es ambiguo respecto a que se debe entender por 'rechazo a mantener el peso corporal'. Ésta expresión puede aplicarse a muchísimas personas que quieran perder peso (en nuestra sociedad la mayoría) y no tienen ningún problema de relación con la comida, así una persona que siga una dieta restrictiva durante un tiempo largo y pierde como consecuencia de ello mucho peso, así como un miedo intenso a engordar, puede no recibir el diagnóstico de anorexia por no haber

alcanzado un peso corporal que suponga el 85 % respecto al esperado para su edad y estatura.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud citando el CIE-10 (1992) establece cinco puntos para el diagnóstico del trastorno y recuerda que para su diagnóstico deben estar presentes todos ellos:

Una pérdida significativa de peso, reflejada en un índice de Quetelet de menos de 17,5. El índice de Quetelet se halla  $I.Q = \text{peso (Kgr)} / \text{altura al cuadro (m)}$  en el caso de prepúberes la no ganancia de peso afecta el periodo de crecimiento.

La pérdida de peso debe estar originada por el enfermo a través de la evitación del consumo de alimentos y por uno o más de los síntomas siguientes; vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

Distorsión de la imagen corporal consistente en una patología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o flaccidez de las formas corporales de modo que la enferma/o se impone a sí misma/o permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotalámico - hipofisario - gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida de interés y de la potencia sexual. También pueden presentarse concentraciones altas de hormona del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.

Si la edad de inicio es anterior a la pubertad se retrasan las manifestaciones características o incluso se detienen.



Adicionalmente, Calvo (1996), citado por Caballo y Simón (2001) propone que, por un lado, se encuentra la anorexia nerviosa primaria de tipo restrictivo o abstinente, hiperactiva, rígida y perfeccionista y, por el otro, un subgrupo de pacientes de anorexia – bulimia, vomitadora y/o abusadora de purgantes.

Las personas con anorexia por voracidad alimentaria y purga incurren en una conducta impulsiva, como el robo, el consumo de alcohol y drogas, y la automutilación, más que las anoréxicas restrictivas, el cual sus estados de ánimo son más variables (inestables); en este sentido, se asemejan a las personas bulímicas de peso normal (Barlow y Durand, 2001).

A diferencia de los individuos con bulimia, la persona con anorexia por voracidad alimentaria y purga se harta con cantidades relativamente pequeñas de alimento y se purga con mayor regularidad, en ocasiones cada vez que come (Barlow y Durand, 2001).

Una vez definida la anorexia nerviosa y conocidos los criterios que se tienen en cuenta para el diagnóstico de este trastorno. Se describirán una serie de alteraciones psicopatológicas que se observan en el mismo:

### *Trastornos de Ansiedad*

Fobias. Un miedo desproporcionado a engordar y la aversión a determinados alimentos. Se destaca la peculiaridad que se produce en la fobia al cuerpo y al propio peso que, a diferencia de otros trastornos fóbicos, en los que el sujeto que lo padece puede rebajar su ansiedad huyendo o evitando el estímulo fóbico, en la anorexia nunca puede tener un escape total de la situación aversiva y nunca puede desaparecer la ansiedad del todo. La única manera que se tiene para escapar del peso, es pesando menos pero sigue sintiendo pavor al nuevo peso (Jiménez, 1997).

Obsesiones. Un pensamiento intrusivo y persistente acerca de la comida, las calorías, el cuerpo y todo lo que tenga relación con ello. De nuevo se encuentra con frecuencia como particularidad de la obsesión en la anoréxica, la falta de deseo de quitarse la idea de la cabeza y la no existencia de conciencia clara de absurdidad que suele acompañar a todo pensamiento obsesivo (Jiménez, 1997).

Crisis de ansiedad. En determinados momentos aparece una fuerte sensación de ansiedad que se añade a la ansiedad difusa que persiste y que la hace tener cambios de humor importantes (Jiménez, 1997).

#### *Trastornos del Estado de Ánimo*

Síntomas depresivos. Aparecen trastornos del sueño, baja autoestima, llanto frecuente, sentimientos de soledad, reducción de intereses, retraimiento social y pérdida de la libido (Jiménez, 1997).

Adicionalmente, cuando estas personas tienen un peso considerablemente inferior al esperado, muchos individuos con anorexia manifiestan síntomas depresivos como un estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y un menor interés en el sexo (Caballo y Simón, 2001).

#### *Alteraciones de la Imagen Corporal*

La anoréxica dice estar más gorda de lo que realmente está, esto se debe a que estas personas tienen en la memoria almacenadas diferentes tallas y medidas de su cuerpo, relativas a distintos momentos de su vida. Así mismo llevan bastante tiempo insatisfechas corporalmente y esto hace que en un momento determinado hagan juicios erróneos acerca de sus medidas, sobreestimándolas. Las últimas investigaciones llegan a la conclusión que

esa distorsión como consecuencia de su insatisfacción no suele estar relacionada con la percepción global del cuerpo, sino por partes específicas de éste, tales como la barriga, las caderas y los muslos (Rosen, 1990, citado por Jiménez, 1997).

### *Alteraciones del Comportamiento*

Hiperactividad. Es característico de las anoréxicas que conforme más peso van perdiendo mayor actividad física desarrollan. Parece estar relacionado con su deseo de quemar calorías, pero se sabe también que la inanición produce hiperactividad.

Compulsiones. Esta característica tiene diversas formas de presentarse. Los episodios bulímicos o atracones descontrolados aparecen, según algunos autores, en el 50% de las anoréxicas (Toro y Vilardell, 1987, citado por Jiménez, 1997). Con frecuencia esto supone después la autoprovocación de vómitos, que les reduce momentáneamente la ansiedad generada. Almacenan comida en sitios insospechados, la desmenuzan en el plato o coleccionan recetas de diversos platos de una forma compulsiva.

De acuerdo con la International Journal of Eating Disorders, la impulsividad se ha documentado como un factor en el comportamiento de poblaciones con trastornos alimentarios y es probable que esto influya también el patrón alimentario normal. Esta investigación arrojó como resultado, que no hay una relación entre la restricción cognitiva y la impulsividad, por lo tanto, se sugiere que son funcionalmente distintas. Por otro lado, la desinhibición se asocia más de cerca con la impulsividad, constante con resultados de muestras clínicas. En conclusión, a raíz de la clarificación adicional de la relación entre la impulsividad y la alimentación en poblaciones no clínicas, se puede facilitar una mejor comprensión de la relación entre las variables de la personalidad y el comportamiento alimentario normal (Lyke y Spinella, 2004)

### *Alteraciones en las Relaciones Familiares*

La dinámica familiar que se establece una vez que se ha desarrollado la anorexia nerviosa es, sin duda, compleja. La preocupación por parte de los familiares ante la actitud de la anoréxica al no comer, lo que suele provocar discusiones en todas las situaciones en las que la comida sea el centro. La preocupación por la comida y el resto de los síntomas de la chica hace que sea difícil la convivencia con ella y es frecuente que se dé un deterioro en las relaciones entre todos sus miembros (Jiménez, 1997).

Cualquiera que sea la relación preexistente, después de la aparición de un trastorno alimentario, en particular la anorexia, las relaciones familiares pueden deteriorarse con rapidez. Nada es más frustrante que ver a una hija matarse de hambre ante una mesa llena de alimentos. Padres instruidos y conocedores, incluidos psicológicos y psiquiátricos con una comprensión cabal del trastorno, han declarado haber recurrido a la violencia física (por ejemplo, golpes o bofetadas) en momentos de frustración extrema, en un vano intento por hacer que sus hijas se llevaran a la boca, por poco que fuera, algo de alimento. La sensación de culpa y angustia de los padres a menudo rebasa los niveles de ansiedad y depresión presentes en los hijos con el trastorno (Barlow y Durand, 2001)

### *Alteraciones Escolares*

Los síntomas psicopatológicos suelen repercutir en la actitud escolar. La preocupación por la comida hace que estas personas no se puedan concentrar en el estudio al nivel que se acostumbraba, pero al mismo tiempo suelen ser personas perfeccionistas que se sienten incapaces de seguir enfrentándose a los estudios a un nivel que no sea el de antes, por lo tanto, es por eso que deciden dejar sus estudios. Así mismo suelen perder el interés

por las relaciones sociales, las relaciones con compañeros disminuyen porque no se sienten comprendidas ni siquiera por sus iguales (Jiménez, 1997).

### *Alteraciones Somáticas*

Amenorrea. La desaparición de la menstruación es una característica considerada necesaria para este diagnóstico.

Alteraciones de la piel. La piel está seca, áspera y fría. Las palmas de las manos y de los pies suelen ponerse amarillentas. Una capa de vello fino (lanugo) puede llegar a recubrir el cuerpo.

Tensión baja. Esto suele provocarles mareos y lipotimias cuando hace calor o cuando llevan mucho tiempo de pie.

Hipotermia. La temperatura del cuerpo suele estar en 35°.

Alteraciones del ritmo cardíaco. Es frecuente que haya arritmia y/o bradicardia. Si el vómito forma parte de la anorexia, pueden producirse un desequilibrio electrolítico y los problemas cardiacos y renales resultantes, como en la bulimia (Barlow y Durand, 2001).

Alteraciones del deseo sexual. El deseo sexual suele estar inhibido.

Otros signos y síntomas médicos de la anorexia comprenden la resequedad de la piel, el cabello y uñas quebradizas (Barlow y Durand, 2001).

Igualmente la National Institute of Mental Health (2004), afirma que los desórdenes de la alimentación frecuentemente se presentan con otros desórdenes mentales, tales como la depresión, abuso de sustancias psicoactivas, y trastornos de ansiedad. Adicionalmente, la gente que sufre de desórdenes alimenticios puede presentar gran cantidad de complicaciones físicas de salud, incluyendo en algunos casos la muerte.

Para entender de una manera más clara el fenómeno de la Anorexia Nerviosa y al conocer las características clínicas de este trastorno, se presentarán las teorías explicativas que describen y explican el mismo.

Alrededor de 1880 el médico inglés William Gull, bajo el término anorexia nerviosa englobó la autoinanición, la emancipación corporal y otras características físicas y conductuales, observadas primordialmente en muchachas adolescentes. Sin embargo, este trastorno fue descrito vívidamente por Richard Morton, en 1694, como “ptisis nervosa”, describiendo un caso de una muchacha de 18 años de edad (Ollendick y Hersen, 1993).

En los últimos años se han realizado numerosas investigaciones acerca de la etiología de la anorexia nerviosa. Attie y Brooks (1992), citado por Caballo y Simón (2001) propusieron que los problemas de alimentación relacionados con la anorexia pueden surgir en respuesta a los retos psicológicos del desarrollo adolescente en las mujeres. Estos retos evolutivos incluyen los cambios físicos y biológicos de la pubertad, el desarrollo de las relaciones sexuales, la tendencia a una mayor autonomía y la persecución de una educación y de un trabajo. Estos sucesos de la vida adolescente, a veces estresantes, pueden provocar la aparición de la anorexia nerviosa en algunas mujeres jóvenes (Williamson, Rabalais y Bentz, 1996, citado por Caballo y Simón 2001).

Según Guisinger (2003) a la anorexia nerviosa comúnmente se le ha atribuido sus causas a conflictos psicológicos, a los intentos de los jóvenes de estar a la moda, a disfunciones neuroendocrinas, o a la combinación de estos factores. Sin embargo, investigaciones revelan que estas teorías son incompletas, ya que los factores psicológicos y sociales tienen en cuenta la decisión de un adolescente de hacer dieta pero no la fenomenología del desorden.

Por lo tanto, muchos teóricos han investigado y han propuesto explicaciones con respecto a los trastornos alimenticios, entre ellos la anorexia nerviosa. Igualmente, estos autores basándose en diferentes enfoques e interpretaciones, intentan formular e identificar sus posibles causas, desencadenantes e influencias para que éste se presente.

### *Interpretaciones Psicoanalíticas*

Freud relaciona los síntomas de la anorexia nerviosa con la histeria. Considera que la anorexia es un síntoma de conversión histérica en el que el rechazo del alimento estaría relacionado con un simbolismo oral primitivo (Freud y Breuer, 1905, citado por Jiménez, 1997).

Por otro lado, Abraham interpreta la existencia de la anorexia nerviosa como rechazo a la feminidad. Entiende que el hecho de comer para la joven, simbolizaría inconscientemente quedar embarazada, lo que haría que rechazara la alimentación como síntoma secundario al rechazo psicológico del embarazo. De esta manera la inanición sería una defensa inconsciente de sus fantasías de embarazo (Bavaralle, Vacarezza, 1993, citado por Jiménez, 1997).

Por esta misma línea, se encuentra la perspectiva dinámica de Bruch (1983) citado por Ollendick y Hersen (1993) que afirma que los problemas que llevan al cuadro de la anorexia nerviosa se iniciarían en la primera infancia en la etapa del desarrollo del “yo”, básicamente en las situaciones de alimentación que ponen en contacto a la madre con la hija. En estas situaciones la madre habría tenido una actitud educativa inadecuada (muy negligente o muy sobreprotectora) que evitaría que la niña llegase a discriminar correctamente las sensaciones de hambre o de saciedad. La joven tendría un déficit de comportamientos iniciados por ella misma, lo que dejaría a merced del ambiente y le

llegaría a producir un sentimiento personal de ineficacia. La actitud de la madre sería la de adelantarse a las necesidades nutricionales de la hija, no permitiéndole que llegue a reconocer las sensaciones interoceptivas y privándola del bagaje necesario para adquirir su propia identidad corporal.

Bruch (1973), citado por Ollendick y Hersen (1993), defendió que la anorexia nerviosa tiene lugar cuando el individuo se siente desbordado por las exigencias de la realidad que socavan al frágil sentido de sí mismo.

Finalmente, Selvini Palazzoli (1971) citado por Ollendick y Hersen (1993) conceptualizó el conflicto psicodinámico básico de la anorexia nerviosa como algo propio de la pubertad, época en la que se desarrollan los pechos y otras características sexuales secundarias, lo que da lugar a que el cuerpo se experimente como objeto materno, que debe ser incorporado en el yo. En consecuencia, la restricción alimentaria funcionaría como una agresión activa contra el objeto malo incorporado (esto es, la madre), y como un medio de controlarlo.

### *Interpretaciones Conductistas y Cognoscitivas*

El modelo conductual ha explicado la Anorexia Nerviosa mediante el paradigma de evitación, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario (Jiménez, 1997).

El paradigma de evitación indica que la probabilidad de que una conducta se incremente o se mantenga, se debe al esfuerzo negativo que se obtiene del alivio de un estímulo aversivo. De esta forma explican muchas de las conductas de la anoréxica tales como la dieta, la realización de ejercicio, los vómitos, la utilización de laxantes, etc. Con todas estas conductas la joven evita la situación temida que no sería otra que 'estar gorda' o



la eliminación de las características asociadas a la madurez psico - sexual (Chisp, 1980, citado por Jiménez, 1997).

Así mismo se pensaba que la conducta de rechazar el alimento debía estar sometida a un reforzamiento positivo, es decir, a un condicionamiento operante mantenido por las consecuencias ambientales que le seguirían. La verificación de ésta hipótesis se muestra en el famoso tratamiento realizado por Bachrach, Erwin y Moth (1965), citado por Jiménez (1997) con una chica de 21 años, ingresada en el hospital cuando tenía un peso de 21 kilos, supuso una gran difusión de este modelo en el tratamiento y explicación de este trastorno. La intervención se realizó en función de las contingencias asociadas a los comportamientos de comer y no comer. La paciente fue situada en una habitación desprovista de estímulos y sólo de le gratificaba (televisión, visitas) cuando comía, posteriormente las gratificaciones se ampliaron al incremento de peso.

Por otro lado, según la teoría del doble proceso de aprendizaje por evitación propuesta por Mowrer (1947), citado por Ollendick y Hersen (1993), el reforzador que mantiene una secuencia conductual es la reducción de ansiedad asociada a la afirmación del autocontrol y del control sobre la propia vida mediante la restricción de alimentos. La imagen corporal distorsionada que se observa en las personas que padecen anorexia nerviosa puede conceptualizarse dentro de los fenómenos de autocontrol, por ejemplo, la adolescente desnutrida que se contempla al espejo y dice 'estoy gorda' puede no estar manifestando una distorsión perceptiva grave, sino más bien una evaluación relacionada con que le gustaría estar todavía más delgada, en tal caso la delgadez serviría una vez más como una afirmación del control sobre sí misma y sobre su vida en general (Ollendick y Hersen, 1993).

El aprendizaje vicario a través del modelado social es así mismo un factor importante en el inicio del trastorno. Se refiere al papel cultural de la mujer desbordada por mensajes publicitarios asociando la delgadez con la belleza, el éxito y a la competencia social (Jiménez, 1997).

Adicionalmente, Leon (1979), citado por Ollendick y Hersen (1993) propuso que, en la anorexia nerviosa, se desarrolla una potente asociación aprendida entre pensamientos e imágenes extremadamente negativos, relativos al aumento de peso y al acto de consumir alimentos. Con el paso del tiempo este proceso de aprendizaje se fortalece y generaliza hasta asociar pensamientos o imágenes de alimentos con sentimientos de repugnancia y disgusto. Entonces, este efecto aversivo también se produce en asociación con el consumo real de alimento. En consecuencia, se establece una aversión condicionada a la ingestión de alimentos, al tiempo que se desarrolla un juicio cognoscitivo referente a que el alimento conduce al aumento de peso.

Por otro lado, el desarrollo del modelo cognoscitivo y sus aportaciones al conductismo clásico, hace hincapié en las cogniciones distorsionadas de la joven y en las creencias irracionales tan características de esta dolencia. Todas las cogniciones que aparecen a lo largo de la anorexia nerviosa, se consideran variables mediadoras que sirven para dar cuenta de los sentimientos y emociones desadaptadas que presentan estas pacientes. Algunas de estas distorsiones cognoscitivas serían el razonamiento dicotómico (todo o nada), la sobregeneralización (cuando comía estaba gorda) o la magnificación de posibles consecuencias negativas (¡si aumento unos gramos no podré resistirlo!). En esta línea, las sensaciones corporales tales como el hambre o la sensación de plenitud, serían mal interpretadas, así como las emociones tales como interpretar la tristeza como signo de debilidad o el hambre como descontrol (Toro y Vilardell, 1987, citado por Jiménez, 1997).

Como se decía anteriormente, el autocontrol y las cogniciones se encuentran muy relacionadas, ya que el tema del autocontrol continúa siendo una importante preocupación de muchas anoréxicas, incluyendo aquellas cuyo peso se ha situado dentro de lo normal o muy cerca de dicho nivel. Las cogniciones acerca de la ingestión alimentaria consisten en una persistente preocupación centrada en que, si se come demasiado o más de lo fijado rutinariamente, se pueden producir atracones incontrolados que no serían posibles de evitar (Ollendick y Hersen, 1993).

### *Interpretaciones Sistémicas*

Para la teoría sistémica, no se puede estudiar un fenómeno sin ampliar su estudio y observación al contexto en el que el fenómeno se produce.

Para Minuchin (1978, 1984) citado por Jiménez (1997) la familia de la anoréxica se caracterizaría dentro de un perfil de una familia 'psicosomática'. Las define como familias sin límites claros y precisos entre sus miembros, con una forma de relacionarse demasiado próxima e intensa entre ellos, lo que hace que cualquier cambio en uno de ellos repercuta en todo el sistema. Las actitudes de sobreprotección y de rigidez en el funcionamiento de los padres hacia los hijos que llevan a un retraso en el desarrollo y autonomía de los mismos. Considera así mismo que son familias que no solucionan los conflictos que van surgiendo, bien porque los niegan o porque en las discusiones cambian continuamente de tema sin llegar a la solución de ninguno. La hija tendría cierta vulnerabilidad fisiológica y al caer enferma comienza a jugar un importante papel en las interacciones familiares reforzando la evitación de los conflictos y centrando toda la atención en los síntomas psicosomáticos.

Para Selvini (1990) citado por Jiménez (1997) el síntoma anoréxico surge como consecuencia fundamentalmente de factores culturales y familiares. Destaca la influencia de los factores culturales de la sociedad occidental donde es imperativa la delgadez. Con respecto a los factores familiares, cree que la actitud de la anoréxica es el resultado de un proceso en la historia de la organización relacional de la familia que denomina juego interactivo. En este juego, la joven se implica cada vez más en el juego de los padres, asumiendo el punto de vista de uno de los dos. Por eso, al llegar a la adolescencia, etapa en la que se cambian los equilibrios previos, se utilizará la dieta como arma para diferenciarse de ellos, dándose cuenta poco a poco del poder que le dan los síntomas en las interacciones familiares.

En contraste con lo anterior, Strober y Humphrey (1987) muestran que ciertas familias pueden estar asociadas a que se presenten los desórdenes alimenticios. Pero adicionalmente, estos desórdenes especialmente la anorexia puede darse y desarrollarse por la integración de otros factores, tales como la personalidad, determinación genética y una predisposición individual como gran sensibilidad y vulnerabilidad al poder de las experiencias familiares y sociales.

#### *Modelo Plurideterminado*

Garfinkel y Garner (1982), citado por Jiménez (1997) son los precursores de este modelo y defienden la idea de que la anorexia nerviosa es el producto de un grupo de fuerzas interactuantes.

En España cabe destacar a Toro y Vilardell (1987), citado por Jiménez (1997), que entienden que el trastorno no puede explicarse sólo por el conocimiento de unos agentes patogénicos específicos (modelo unicausal) sino que habrán unos factores predisponentes,

tales como determinadas características familiares, factores socioculturales o características de personalidad previas.

Como se menciona anteriormente, hay una relación entre la anorexia y los factores socioculturales, por eso, Bennett, Sharpe, Freeman y Carson (2004) realizaron un estudio donde se determinaba si se presentaba anorexia nerviosa, en una cultura donde la presión por la delgadez es menos penetrante. Los resultados mostraron que la auto privación alimentaria mórbida puede ser la característica base de la anorexia nerviosa, con la atribución para el comportamiento de auto privación que varía entre las culturas.

Además, la anorexia nerviosa parece estar muy asociada con los valores culturales sobre la belleza corporal. El trastorno raramente comienza antes de la pubertad y más del 90 por 100 de los casos son mujeres. La prevalencia de la anorexia entre éstas es del 0,5 por 100 aproximadamente, aunque es más frecuente encontrar individuos que no llegan a desarrollar el trastorno completamente. La prevalencia del trastorno entre los hombres es aproximadamente 1/10 de las mujeres (APA, 2000).

Paralelamente, como en el caso de la mayor parte de los trastornos psicológicos, los de origen alimentario se dan en las familias y, por ende, parecen tener un componente genético. Si bien los estudios terminados son sólo preliminares, sugieren que los familiares de los pacientes con trastornos alimenticios tienen por sí mismo de cuatro a cinco veces más probabilidades que la población en general de desarrollar trastornos alimenticios (Barlow y Durand, 2001).

De la misma manera, Hsu (1990) citado por Barlow y Durand (2001) afirma que rasgos de personalidad no específicos como la inestabilidad emocional y, quizá, el mal control de los impulsos podrían ser hereditarios. En otras palabras, una persona podría heredar una tendencia a ser emocionalmente sensible a los sucesos de vida estresantes y, en

consecuencia, podría comer de manera impulsiva en una tentativa por liberarse de su tensión y ansiedad.

Paralelamente, una investigación de Vitousek y Manke (1994) afirma que todos los modelos dominantes de los desórdenes alimenticios implican variables de personalidad que influyen en la emergencia de bajar de peso, por lo tanto es por eso que se desarrollan síntomas de anorexia y bulimia, tal como lo es utilizar laxantes para provocarse el vómito y así establecerse en el peso esperado. Por otro lado, en esta misma investigación hace una descripción clínica acerca de las principales características de las anoréxicas restrictivas que son la constrictión, el conformismo y las obsesiones individuales. Adicionalmente, la población que presenta mayores índices de anorexia nerviosa son principalmente los adolescentes y los adultos jóvenes. Lo común en estas personas es que presentan cuadros depresivos, distorsión sobre sí mismos, inestabilidad emocional y una persistencia de problemas residuales asociados a los síntomas que hacen que estas personas pierdan el control de sí mismas (Vitousek y Manke, 1994).

Según la Actualización en Psiquiatría, realizada en Octubre de 2002, los factores biológicos de la anorexia nerviosa se basan en la alteración en producción, transmisión y regulación de los receptores de: dopamina, serotonina, noradrenalina, endorfinas, proopiomelanocortina, estrógenos y los genes que regulan estos sistemas; se encontró por estudios de ligamiento, locus de susceptibilidad a anorexia nerviosa de tipo enlace en el brazo corto del cromosoma 1; así como inserciones en la región promotora del gen de la proteína transportadora de norepinefrina, que disminuyen la recaptación de noradrenalina y duplican el riesgo de anorexia nerviosa de tipo restrictivo. En general es difícil separar la influencia genética de la ambiental, que se sobreponen, pero se puede concluir que su etiología es multifactorial y probablemente poligénica.

Algunas de las características clínicas de anorexia nerviosa pueden ser secundarias a desnutrición y hambre como los trastornos del ánimo, obsesividad, alteración del gusto o preferencias alimentarias y remitir luego de la recuperación nutricional, o ser rasgos previos agudizados por la desnutrición, siendo necesaria en ambos casos la recuperación nutricional inicial para realizar una intervención psicológica. Las complicaciones comunes de la anorexia se presentan en todos los sistemas: desnutrición, pérdida de masa muscular, osteoporosis irreversible tanto por descalcificación como por falla en la formación de hueso, hipotensión ortostática, anemia, desequilibrio hidroelectrolítico, bradicardia, arritmias, pérdida de caracteres sexuales secundarios, parto prematuro, retardo del crecimiento intrauterino, alteraciones en motilidad gastrointestinal, neuropatías, hipotermia; siendo la principal causa de muerte por anorexia; las arritmias (Actualización en Psiquiatría, 2002).

La prevalencia del síndrome completo (cumpliendo los criterios estrictamente) es de 0,1 % a 0,5 % en la población general, mayor en mujeres, siendo la relación hombre-mujer de 1 a 6 o 1 a 10. Es más frecuente en familiares afectados, con un riesgo relativo de 11,3 y 12,3 en familiares de pacientes con anorexia nerviosa y bulimia respectivamente; para el síndrome parcial el riesgo relativo en familiares desciende a la mitad (Actualización en Psiquiatría, 2002).

El 50 % de los pacientes cursa con otras alteraciones psiquiátricas, como trastornos de ansiedad o del afecto. Es frecuente la presencia de rasgos o trastornos de personalidad del grupo C (ansioso, evitativo u obsesivo) en el rango de anorexia; mientras que son comunes los rasgos del grupo B (histriónico, límite o antisocial) asociados a la bulimia, que dependiendo del funcionamiento del paciente, pueden estar asociados a conductas autolesivas, suicidas, abuso de sustancias o impulsividad. Un tipo de paciente puede llegar

a ser anoréxico por su competitividad y perfeccionismo, otro por el miedo a sus impulsos y por tratar de probarse que puede regular hasta los más intensos, otro puede usar la anorexia como autocastigo o como forma de regular la sensación de pérdida de control (como luego de un atracón) e incluso otro puede desarrollar anorexia como expresión de un trastorno del ánimo (Actualización en Psiquiatría, 2002).

La anorexia nerviosa es una patología compleja, con frecuencia crónica que puede requerir distinto manejo a través del curso de la enfermedad y el período de recuperación. El tratamiento específico que ha de ser multidisciplinario (psiquiatría, medicina interna, pediatría, nutrición) incluye la rehabilitación nutricional, intervención psicosocial y medicación (Actualización en Psiquiatría, 2002).

En la Rehabilitación nutricional el principal objetivo es recuperar peso, llevar a un peso saludable, el cual se considera aquel en el que se recupera la menstruación y la ovulación en mujeres, conducta sexual y niveles hormonales en hombres, y desarrollo y crecimiento normal en niños y adolescentes (mínimo 90 % del peso para la talla); normalizar patrones alimentarios, lograr percepción normal de hambre y saciedad, recuperar secuelas físicas y psicológicas de la malnutrición (Actualización en Psiquiatría, 2002).

Los resultados varían según el manejo instaurado, en general la ganancia de peso en los pacientes hospitalizados puede ser de 2 a 3 libras semanales sin riesgo para el paciente. A mayor cercanía al peso ideal, menor riesgo de recaída; el alta depende de la capacidad para alimentarse del paciente, así como de su competencia y disposición a participar en programas ambulatorios, incluso hospitalización parcial. La meta en los programas ambulatorios es de 0,5 a 1 libra semanal, aunque se han reportado mejores resultados en programas intensivos de hospitalización parcial (Actualización en Psiquiatría, 2002).



Con la recuperación de peso, las conductas alimentarias anormales, la ansiedad y la depresión pueden disminuir, pero al ver el aumento de peso o acercarse a límites preestablecidos por el paciente, estas pueden resurgir e incluso acompañarse de ideación suicida y compulsiones que usualmente disminuyen al continuar la recuperación. La alimentación enteral es preferible a la parenteral. Cuando es necesario utilizar sonda nasogástrica, se ha de hacer seguimiento estricto de química sanguínea, balance de líquidos y vigilancia de edemas para evitar efectos secundarios (Actualización en Psiquiatría, 2002).

La ingesta se inicia usualmente con 30 a 40 kilocalorías / kilogramo / día (kcal / kg / día), que puede ser aumentada a 70 – 100 (kcal / kg / día). La actividad física durante la rehabilitación nutricional se orienta al condicionamiento físico, a mejorar la relación con el cuerpo, a obtener placer de la actividad física y ha de ser controlada con rigor (Actualización en Psiquiatría, 2002).

Otro de los tratamientos para la anorexia nerviosa es el tratamiento psicosocial, donde se utiliza la psicoterapia para disminuir los síntomas y prevenir las recaídas, está respaldada por la experiencia clínica. Los objetivos del tratamiento psicosocial son ayudar al paciente a: entender y cambiar las actitudes y comportamientos relacionados con su enfermedad, identificar enfermedades asociadas y los conflictos psicológicos que refuerzan los comportamientos patológicos, mejorar el funcionamiento global y a entender y colaborar en su recuperación física (Actualización en Psiquiatría, 2002).

En casos extremos, cuando se lleva a cabo la hospitalización, generalmente se realizan intervenciones conductuales, proveyendo refuerzos no punitivos como: elogios, recompensas o privilegios por resultados logrados, las cuales han demostrado buenos resultados a corto plazo tanto o mayores que aquellas más estrictas o punitivas; que aunque

útiles en adolescentes que necesitan límites, puede ser tomado como coerción y generar resistencia (Actualización en Psiquiatría, 2002).

Pero, cuando el grado de anorexia nerviosa se encuentra en la fase aguda, la eficacia de la psicoterapia individual es incierta, intentar realizar psicoterapia formal en pacientes famélicos, con frecuencia negativistas o presentando deterioro cognoscitivo, puede ser inútil. Pero encuentros psicoterapéuticos con esfuerzo motivacional e informativo, pueden tener un efecto favorable (Actualización en Psiquiatría, 2002).

No hay un estudio que determine el tipo de psicoterapia más útil en el periodo de recuperación nutricional, sin embargo, se ha encontrado que la psicoterapia grupal puede ser inefectiva e incluso tener efectos negativos en este período. Siendo la psicoterapia sola insuficiente para el manejo de pacientes con anorexia y desnutrición severa, puede ser muy beneficiosa y ha de ser hincada una vez se recupere la malnutrición e inicie la ganancia de peso (Actualización en Psiquiatría, 2002).

La psicoterapia familiar ha mostrado buenos resultados a largo plazo, los grupos de soporte disponibles en Internet pueden ser útiles para informar y apoyar, sólo cuando se discute la información con el médico tratante, pues en ocasiones pueden desinformar y llevar a dinámicas malsanas entre los usuarios (Actualización en Psiquiatría, 2002).

Sin embargo, quedan aún muchos puntos por aclarar en esta patología, los factores de riesgo biológicos y ambientales, el efecto de la comorbilidad en el curso de la enfermedad, la utilidad de los medicamentos e incluso características del cuadro clínico para un diagnóstico temprano (Actualización en Psiquiatría, 2002).

En el curso de la enfermedad menos de la mitad se recupera completamente, 33 % mejora con persistencia de algunos síntomas, 20 % continúa crónicamente enfermo y, 5 % muere. Estos resultados varían al seguir a los pacientes por más tiempo, tendiendo a

aumentar el porcentaje de mortalidad. Se han descrito varios factores pronósticos, en algunos casos sin clara validez; hay evidencia de que el tipo purgativo, la cronicidad y rasgos de personalidad obsesiva así como la comorbilidad son de mal pronóstico; siendo los rasgos histriónicos de personalidad el único pronosticador favorable. Aunque en algunos estudios no han tenido validez, otros factores de buen pronóstico son el inicio a temprana edad, corta duración de síntomas antes del tratamiento, buena relación con los padres y estrato socioeconómico alto (Actualización en Psiquiatría, 2002).

Por otro lado la National Institute of Mental Health (2004), afirma que el tratamiento de la anorexia de cubrir tres hechos importantes: a) recuperar el peso debido a las severas dietas y purgas; b) tratar los disturbios psicológicos, tales como la distorsión de la imagen del cuerpo, baja autoestima y conflictos interpersonales, incluyendo a la familia en el proceso terapéutico; y c) recibir un tratamiento a largo plazo que cubra una rehabilitación eficaz, que incluya medicación psicotrópica sólo hasta cuando el paciente haya logrado recuperar su peso y se encuentre físicamente estable.

Además, Carrasco (2000) afirma que es necesario realizar programas de tratamiento aplicables a cualquier persona con una relación no natural con la comida, definiendo operacionalmente las conductas del paciente y las consecuencias que recaen sobre sus emociones (estas emociones en términos de reforzadores mantendrán o eliminarán esa conducta). Así se ahorrarán técnicas que no tienen porque aplicarse ya que el paciente no las necesita. En resumen, el apoyo en el análisis funcional es esencial para determinar las causas del problema conductual etiquetado como “anorexia nerviosa”.

## CONCLUSIÓN

La revisión teórica acerca del tema nos lleva a concluir que éste como todos los trastornos alimenticios covarían con diversos factores sociales, familiares, genéticos y contextuales, y además se presentan con mayor frecuencia en la población adolescente, lo cual lleva a los profesionales de la salud mental a tratar estos pacientes de una manera integral, ya que es necesario intervenir principalmente en el fortalecimiento y reafirmación de su autoimagen y autoconcepto de una forma más positiva, y así lograr empoderar y promover estrategias de afrontamiento frente a las presiones que ejerce la sociedad. Es por esto que la prevención de estos trastornos debe comenzar desde el hogar, para brindar un ambiente seguro que permita un desarrollo libre de la personalidad y la consolidación de una identidad con las fortalezas suficientes para rechazar las influencias del consumismo actual.

## Referencias

- Actualización en Psiquiatría. (2002). Anorexia Nerviosa. *Revista ILADIBA*.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR) (4ª ed. Texto revisado). Washington.
- Barlow, D., Durand, V. (2001). *Psicología Anormal, un enfoque integral*. Editorial Thomson.
- Bennett, D., Sharpe, M., Freeman, C., Carson, A. (2004). Anorexia nerviosa entre estudiantes femeninas de secundaria en Ghana. *British Journal of Psychiatry*, 185, 312-317, 5 p.
- Caballo, V., Simón, M. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Ediciones Pirámide. Madrid, España.
- Carrasco, T. (2000). *Material del Curso sobre tratamiento de la anorexia y la bulimia nerviosas*, organizado por el Centro de Psicología Altair.
- CIE 10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Organización Mundial de la Salud. Editorial Mediodía. Madrid, España.
- Guisinger, S. (2003). Adapted to flee famine: Adding an evolutionary perspectiva on anorexia nervosa. *Psychological Review*, 110, 745-761, 16 p.
- Jiménez, M., (1997). *Psicopatología Infantil*. Ediciones Aljibe. Málaga. España.
- Lyke, J., Spinella, M. (2004). Asociaciones entre los aspectos de la impulsividad y los factores alimentarios en una muestra no clínica. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 229-233, 4 p.

- Miján, A. (2004). *Diario Médico*. I Jornada de Nutrición y Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), organizado por el Hospital de la Paz. Madrid, España.
- National Institute of Mental Health* (2004). Eating Disorders are Treatable, but first you have to ask for help. Recuperado 20 de Julio de 2005, de la fuente <http://www.anorexia-nervosa-treatment.com/treatment.htm>
- Ollendick, T., Versen, M. (1993). *Psicopatología Infantil*. Ediciones Martínez Roca. España.
- Serna, P. (2004). *Anorexia y vigorexia*. Monografías de Psiquiatría.
- Solís, J. (2002). *La importancia del Análisis Funcional en la Etiología de la Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Centro de Psicología Grupo Áreas. Córdoba, España.
- Strober, M., Humphrey, L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 654-659, 5 p.
- Toro, J. (2004). *Diario Médico*. Actualización del Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil del Hospital Clínico Universitario de Barcelona, España.
- Vitousek, K., Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 137-147, 10 p.